



TITLE:

対談シリーズ1 カナダの泌尿器科

AUTHOR(S):

TAGUCHI, Yosh; 吉田, 修

CITATION:

TAGUCHI, Yosh ...[et al]. 対談シリーズ1 カナダの泌尿器科. 泌尿器科紀要 1999, 45(4): 299-307

ISSUE DATE:

1999-04

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/114016>

RIGHT:

対談シリーズ 1 カナダの泌尿器科

Dr. Yosh TAGUCHI
(カナダ McGill 大学准教授)

吉 田 修
(京都大学名誉教授)

Dr. Yosh Taguchi 略歴

1933年滋賀県生まれ，日系カナダ人二世
1959年カナダ McGill 大学医学部卒業
1968年 McGill 大学泌尿器科助教授
1986年より准教授
McGill 大学の泌尿器科教育プログラムの責任者として高い人望を得ている



吉田 Dr. Yosh Taguchi, 私たちは旧知の間柄ですが，まず先生のご経歴を泌尿器科紀要の読者に自己紹介していただけないでしょうか。また，McGill 大学の歴史，William Osler 先生についてもお願いします

Dr. Yosh Taguchi の生い立ち

Taguchi 私は1933年に滋賀県で生まれ，4歳になる前の1937年にカナダに移住しました。第2次世界大戦が勃発した1941年までは，British Columbia の Fraser Valley にある学校に通っていました。しかし，1942～1946年，私が8歳から12歳までは，他の日系カナダ人と同じく軍隊の野営地で過ごしました。

吉田 それらはどこにあったのですか？

Taguchi 野営地は大平洋の沿岸から100マイル離れたところにありました。日本人の血をひく者は一人残らずスパイの可能性があるとという雰囲気があり，私たちは100マイル内陸部に移されたのです。私たちの所有物はすべて没収されました。大人は100ポンドに，子供は25ポンドにまで痩せるという状態でした。私たちは最初の1カ月を国際沿岸展示場の一部である

Hastings Park で過ごしました。もともと飼っていた馬や牛を Park の外に出して，代わりに私たちが中へ入れられたのです。私の人生の中で最もつらい1カ月でした。

しかし，私はこの生活を通じて，人生で成功するためには困難な仕事をしなければならないという考えを持つようになり，それ以降現在までその考えを忘れたことはありません。また，野営地では私にとって初めて日本食でない給食が出されましたが，私には全く合いませんでした。そして，これは望んでいない状況なのだが成功する過程なのだと自分自身に言い聞かせました。

野営地での学校は素人が運営していました。専門職の教師はいませんでした，教師は善意ある人々でした。戦争が終った時，私たちは年相応の学年に進んでおり，学業では遅れをとってはいませんでした。逆に驚くことに，わたしは多くの点で進んでいました。1949年頃までは British Columbia では私たち日系人は外国人として見られており住み続けることができない状況でしたので，両親は Quebec の Montreal に移ることに決めました。縫製のできる人が職につける機会があったことと，母は縫製ができたからです。

父は熱心なキリスト教徒でしたが，日本に土地を所有しており，土地の上がりでも生活していました。しかし日本政府は日本に定住していない日本人の土地を没収してしまったため，父は全てを失ってしまいました。彼は家具工場で働くようになりました。私の他には，弟は医者になり，妹は化学者になったので，父の新しい仕事は順調だったということです。しかし，1946年 Quebec に引っ越してきた時，私たちはドイツ人捕虜の野営地に入れられました。戦争が終わって，野営地に入っていたドイツ人捕虜は Ontario へ移され，私たちがその後に入れられました。この野営地は British Columbia ほど悪くはありませんでした。

吉田 戦争は終わっていたが，野営地へ移らなければならなかったのですか？

Taguchi そうです。戦争は終わっていましたが，私たちは場所替えさせられたのです。

吉田 なぜ移らなければならなかったのですか？

Taguchi 私たちは British Columbia に住み続ける

ことができなかったからです 私達は日本へ戻るか、British Columbia 以外のカナダで住むかどうかを選択しなければなりませんでした。Manitoba, Ontario, Quebec に野営地が用意されていました。

吉田 その時、先生はカナダ市民権を持っていたか？

Taguchi はい。私達はカナダ市民でしたが、移らなければならなかったのです 市民権を持っていたとしても意味がなかったのです。

吉田 それでも野営地へ移らなければならなかったのですね。

Taguchi はい。皮肉なことが一つあります Far-nham の野営地は Oscar Bodet という軍人によって運営されていました。彼が責任者でした。私はその時12歳の少年でしたが、私たちは鉄拳をもって野営地を管理するこの男を恐れていました。35～40年後、彼は私の患者になりました（笑い）。

家族は Montreal に引っ越しました。父は工場での仕事につき、母は縫製をして私たちを支えてくれました。私は、人よりも一生懸命働かなければならないという教訓を得ました。私は自分を利口であると思ったことはありませんが、粘り強さと良く働く習慣がありました。実際、7年生以後は、毎夏働きました。最初は、時間25セントでした。高等学校高学年の時にはベルボーイとして働きました。大学生の時には庭師、食堂の配膳などをしました。私が医学校へ通っていた時には、カナダ空軍のボランティアとして働きました。

私が通ったのは公立学校でした。そこでは、精力的で野心のあるユダヤ人の子供たちと親友になり良い影響を受けました。そのうちいつか、彼らが医学校へ入るのに差別があるという現実を目の当たりにしました。何百人ものユダヤ人が医学校への入学を希望していましたが、115人ークラス中、ユダヤ人は毎年10人しか入学できませんでした。私は医学校へ入ることがとても素晴らしいことに思え、私も医学校へ入学しようと思いました。それが私が医学校へ入ったひとつの理由です。

第2番目の理由は、私が芸術が好きであったことです 私は競技で勝ち、賞品として芸術学校への奨学金を得ました。それで私は Arthur Miller の生徒になりました。

吉田 芸術学校？ 何の芸術ですか？

Taguchi デッサンから油絵まで全てです しかし、私が最も好きなのは彫刻でした。私の人生の中で最も重大な決断は、芸術家になるか医者になるかの決断をした時だったと思います

吉田 芸術は外科医になるためのバックグラウンドとして素晴らしいですね。

Taguchi 医学は魅力的な分野であると思っています

た。医学校合格の知らせを聞いたとき、私は大変驚きました。医学校に合格するには、非常に良い成績であることと、多才であることが必要だと思います。私は非常に多才でした。二世クラブの会長でしたし、教会でも活動していましたし、芸術の面でもアクティブでした。当時は競争率が23～27倍もあったことを考えると、これらの点が評価されたのだと思います 今日では競争率は2～3倍程度です

私は医学校に合格した当初から、医学校を卒業したら外科医になろうと考えていました。私は頭脳よりも手先が器用であると思っていましたので。

吉田 医学校は医学前教育を含んでいますか？

Taguchi いいえ。当時は、11年間の教育で高等学校を終了した後、4年間大学で学び、最終学年の時に医学校を受験します。しかし3年終了した大学生を医学校に進学させるプログラムも始まっていました。

吉田 先生は4年大学で、その後4年医学校で学んだのですね。

Taguchi はい、そうです

吉田 医学校は McGill 大学だったのですか？

Taguchi はい、大学時代も McGill でした。心理学で大学卒の学位を取りました。McGill 大学は、当時心理学で非常に有名でした。

1959年に医学校を卒業し、1959～1960年に Montreal でインターンをしました。当時、両親に形成外科医になり Hawaii でインターンをしたいと伝えましたが、両親に「他人の顔を繕う仕事をさせるためにこんなに働いてお前を学校にやったんじゃない」と反対されました（笑い）。私はそれができる手先の器用さを持っていると思いました。後悔はしていません。泌尿器科医を選んだ理由は単純で、外科系ローテーションの最初が泌尿器科だったことと、その人たちと仕事が好きになったからです 私は医学生にこの分野がいかにか素晴らしいかを常々話しています 私は本心から思っていることを学生たちに話しています 泌尿器科では男女を問わず、全ての年齢層の患者を治療します。若者から高齢者まで幅広い問題を取扱います またその問題も非常に簡単なものから非常に難しいものまで様々です 不妊症、勃起障害、癌まですべて非常にやりがいのあるものばかりです

泌尿器科は非常に治療の方向性をもった分野です 私はまったく後悔していません。人生で起こることの多くは偶然起こるのだと思いますが、私自身に関して言えば非常にラッキーだったと感じています

McGill 大学は James McGill が創設した大学です

カナダ McGill 大学について

吉田 James McGill が創設者と言われましたが、彼は毛皮商だったんですね。

Taguchi はい、彼は巨万の富を得て大学を創設しました。他の人々の貢献も大きいものがありました。

Allan もそのひとりで、彼の名を冠した Allan Memorial Institute という精神科研究施設があります。以前に先生が訪問された Montreal 中心部の殆どの施設は McGill が関係したものです。

吉田 創設当初から医学部はあったのですか？

Taguchi はい、当初から McGill 大学では医学校が最も知られていました。その後次々と他の学部が開設されましたが、医学校は常に先頭を走ってきました。最近はどうなのかと疑問に思う人もいるでしょうが、私の母校ということで少し先入観は入りますが、今でも相当優秀だと思っています。

吉田 私も賛成です。

Taguchi お金を稼ぐことに興味がある人はずっと McGill 大学にいないでしょう。だから McGill 大学にいる人々は教育、学問、研究に心底興味をもっています。McGill 大学は、大学の規模や資金からすると、カナダの他の全ての大学よりも研究補助金をよく獲得しています。このことが McGill のすべての研究施設の力の源であり、私が今日でも非常に優秀であると思う理由です。

吉田 そうですね、McGill 大学は常に第3位以内にランクされる優秀な大学ですね。

ところで William Osler は McGill 大学が輩出した最も有名な内科医の1人ですね。

William Oslerについて

Taguchi 全くその通りです。もっとも、私より先生のほうが William Osler のことを良くご存じと思いますが、私たちは Osler が McGill 大学と関係があったことを誇りに思っています。彼はカナダ人で、Baltimore で学びました。私は、彼が Johns Hopkins 大学にいたのか、今世紀の初め私の妻の祖父が Baltimore にあった Johns Hopkins の前身の大学を卒業したのと同じ頃にその大学にいたのかを調べたことがあります。妻の祖父は1905、1906年頃 Baltimore に在住していました。彼は医学教育に秀でていました。彼の書物や教えは Cushing が書いた Osler 伝で名声が高まりました。先生のほうがよくご存じだと思いますが、

吉田 先生が医学生のとときには、Osler が書いた Principles and Practice of Medicine のような本を読まれましたか？ 今でも教科書としてありますか？

Taguchi はい、ただし教科書としてではなく歴史的書物として読まれています。

吉田 そうですか。

Taguchi 私たちは Harrison や Cecil and Low や Davidson を標準的な教科書として使っていました。

Osler はむしろ過去の崇敬すべき人であると思われていました。

吉田 McGill の医学生ほとんどは Osler を誇りにしていると聞きますが。

Taguchi もちろんです。今でもそうかどうかは知りませんが、私たちの頃は Osler が書いた本が全ての卒業生に贈られました。どれほどかは分かりませんが、確かに人に影響を与える書物ではあると思います。

吉田 先生の経歴や McGill 大学に関して大変興味あるお話を聞かせていただきました。

さて、このあたりで前立腺癌について話すことにしましょう。

カナダにおける前立腺癌

Taguchi ええ、そのほうが気が楽です。

吉田 日本の泌尿器科医の多くは、アメリカと日本での前立腺癌に関しては良く知っていますが、カナダでの前立腺癌については詳しくは知らないと思います。カナダにおける前立腺癌はアメリカと殆ど同じであると考えてよろしいのでしょうか？

Taguchi アメリカの白人とは非常に似ていると思いますが、アメリカの黒人とは異なります。アメリカ黒人は前立腺癌が20%も多いのです。だから、アメリカの白人とカナダ人とがほぼ同等と考えていただいて結構です。

吉田 現在、前立腺癌はカナダの男性死因の第一位ですか？

Taguchi そうではないんです。前立腺癌は従来からずっと肺癌に次いで第二位でした。肺癌の割合は着実に減少しつつあり、前立腺癌死は一定のペースで増えつつありました。約2～3年前にわれわれは前立腺癌死が肺癌死を超えるであろうと予想していました。ところが肺癌の割合は固定し、前立腺癌死が肺癌死にほぼ並んだところで前立腺癌死は昨年初めて減少したのです。

発病者数という点では前立腺癌は長期にわたって第1位を占めています。前立腺癌について語るとき、我々は広範囲の病気をひっくるめて語っていると思います。すなわち、たいへんたちが悪くてあつという間に広がっていき、患者を死に至らしめるものから、病理的に調べて始めて見つかったようなものまで、という意味です。私は多くの混乱がここから生じるように思います。前立腺癌の分類—Gleasonの分類—を用いることにより、この病気をはるかに的確に理解することができると信じています。

吉田 ただそのことについて語る前に、Caucasians と Mongolians の前立腺癌の疫学について少しお話をしたいと思います。アメリカにおける前立腺癌の発生

率は、白人で最も高いことは疑う余地はありません。しかし東洋人には発生率が低いのです

Taguchi そのとおりです。しかし、よく言われるように、もし東洋人が北米に20年以上住み続けたとすると……

吉田 ええ、でもアメリカやカナダでは発生率が減少しているのに比べ、ここ日本では、さらにアジア諸国では増えてきているのです

なぜ白人とアジアの人との間で前立腺癌の発生率にこのような大きな違いがあるのかご意見を聞かせていただけますか。これが第一の質問です。そして第二点はなぜアジアでその数が増えてきているかです

Taguchi これは私独自の観察ではないのですが、前立腺癌の発生率が動物性脂肪の摂取量に比例しているであろうということはよく知られています。赤身の肉や動物性脂肪を摂取すればするほど大腸癌を始め多くの癌のリスクが高くなることは疑いの余地がありませんが、前立腺癌については特にそうです。日本食に含まれる動物性脂肪は長い間比較的少なかったように思います。これが第一点です

さらに日本食に前立腺癌の発生を防ぐ成分が含まれているのではないかということに関して興味深い点があります。ひとつは大豆です。最も防御能が強いのは味噌であるといわれています。もうひとつは豆腐です。これらが科学的にどれほど確かなものかは知りません。もうひとつの食餌性の要因は lycopene で、赤いトマトを油で調理すると放出される化学物質です

今はまだ最終結果が出ていませんが、finasteride study があります。Finasteride study は英国の Rose の研究結果に立脚しています。彼は、Caucasians に finasteride を投与するとその尿中代謝物が日本食を食べている日本人男性のものによく似ることを発見しました。そこで、アメリカで始まった興味深い研究では、前立腺が肥大していない多くの人に finasteride を投与して、非投与群に比べて前立腺癌の発生率が高いか低いかを調べています。しかし、この研究はまだ最終結果が出ていませんし、私は予備的な結果さえ知りません。

この他に遺伝的な要因があります。父親が前立腺癌であるとその息子の危険率は2倍になり、父親と兄弟が前立腺癌のときは危険率が4.9倍になるということから、遺伝的要因が関係していると考えられます。さらに55歳以下の兄弟2人が前立腺癌のときは危険率は5倍です。危険率が5倍ということは全体罹患率は10%とすると……

吉田 家族性前立腺癌のことを言っておられるのでしょうか。

Taguchi いいえ、一般の人口について言っていま

す。もし人口の9~11%ぐらい、おおざっぱに言って10%が前立腺癌に罹患するとしてそれを5倍すると50%以上が罹患することになります。これは驚くべき数字です

家族性前立腺癌については特に Patrick Walsh らによってたいへんよく研究されていると思います。彼らは特定の染色体上の特定の遺伝子を探しており、目標にかなり近づいています。

吉田 彼らは家族性前立腺癌の予後ははるかに悪いというデータも持っています。

Taguchi はい、より悪性で非常にたちの悪い腫瘍です

私も個人的に症例を経験しました。私たちの研究所に循環器科医がいて、彼の兄弟が stage A2 の前立腺癌を発症しました。しかし外科医は彼に手術をしたがりませんでした。多くの泌尿器科医は TURP 後に前立腺全摘をすることを躊躇します。そこで私が手術すると申し出ました。彼は私のもつに送られ、私は手術をしました。その後、彼は他の兄弟も前立腺癌で倒れたので、私に十分調べてくれるように言い、彼もまた前立腺癌を持っていることがわかったのです。3人兄弟の3人とも前立腺癌だったのです。

私たちはこの家族の記録をこの家族性疾患の研究をしている Walsh のグループに送りました。このようなケースに遭遇することが比較的よくあります

吉田 これは私の経験ではなく、友人の泌尿器科医の経験ですが、ほぼ同時期に一たった1年違いで一発症した前立腺癌の一卵性双生児症例を話してくれたことがあります。もちろん日本での症例ですが、そこには遺伝的要因、環境的要因そして食生活要因があると考えています

Taguchi 前立腺癌のチャンスを減らせるよう食生活を変えることができるかどうかが大切、とおっしゃりたいのですね。私もそこに将来性があると思っています

吉田 次の話題にうつります。カナダ泌尿器科学会による前立腺癌早期発見のガイドラインについて説明していただけますか。

Taguchi もとものとカナダのガイドラインは50~70歳のすべての男性に定期的、つまり毎年……

吉田 50~70歳。年齢に上限がある、これがポイントですね。

Taguchi そうです、家族歴のない男性は、です。家族歴があれば40歳からです。しかし、私は70歳という上限に異義を唱えました。なぜなら、余命10年以内ならスクリーニングをすべきではないという含みがあるからです。つまり70歳の老人は80歳まで生きる可能性はないと言われていることになり、私はこれは間違っていると思うのです。スクリーニングについてはいろ

いと論争があります 一点申し上げたいことがあるのですが、少なくともアメリカでは、一般市民はスクリーニングにかかる費用についてだまされているのではないかと思うのです もし50歳以上のすべてのアメリカ人男性がPSAと直腸診によるスクリーニングを受けた場合、70~170億ドルを国は負担しなければならないと言うのです

吉田 その数字がどれほど莫大なものか見当もつきませんね。

Taguchi この数字が唯一意味をなすのは、スクリーニングにかかる費用だけでなくそれによって癌が発見され手術や放射線療法を受ける数を含めた場合であり、スクリーニングにかかる費用にそれらの手術や入院、その他あらゆる費用を加算するとこういう数字になるのです。

だから、もしスクリーニングをすれば予想費用はこんなに高くなると言うのです しかし私が思うに、この計算は片手落ちです なぜなら、もしスクリーニングをすることになったとして早期癌を発見し、あらゆる手を尽くしてその患者を治癒させたとすると、のちに発生するであろう進行癌に対する費用は不要になります 例えば、LH-RH analog, 抗アンドロゲン剤、局所への放射線療法、等の費用は差し引かれるべきですが、そのことについて言及されたことはありません。私の考えでは、直腸診とPSAでスクリーニングするのに政府はどの程度の費用を必要とするのか明言すべきです PSAの費用は約4ドルまで下げることができます そんなに高額になるはずがないのです

吉田 しかし現在までそのようなスクリーニングプロジェクトで前立腺癌の死亡率を減らすことができるという証拠はないと思います。

Taguchi それは一年前までは正しかったのですが、昨年初めて、早期発見に積極的なカナダやアメリカのいくつかの州で前立腺癌の死亡率が低下しているのです すなわち、もしマススクリーニングをすることで、早期発見に対する良い治療法があるのであれば、スクリーニングは意味があるということです 患者に症状が現れたり進行したりするまで待つのは意味がないと思います。

吉田 その点に関しては、私たちは‘over-surgery’をするかもしれない危険があると思います 臨床的重要性がない、いわゆる潜在癌を見つけているかもしれないということです 臨床的に重要な癌とそうでない癌を区別することは大変難しいということもあります

Taguchi ええ、そのことは昔から、そして今でも議論的になっています もし Gleason 2, 3, 4 の癌に対する積極的治療を指してそうおっしゃるのであれば、私も全く同感です しかし Gleason 6, 7, あるいはそれ以上であれば、死に至らしめる癌と考えられ

ます 私たちはそのことを知っているのです、スウェーデンで Johansen が始めた watchful waiting は、高分化癌を注意深く経過観察するのであれば問題ないのですが、低分化癌では全て進行し死に至るということが明らかになったと思うのです

吉田 それは明らかな事実ですね。したがって、私は watchful waiting も前立腺癌に対する治療法の一つだと考えます それは治療ではないという人もいますが、私はそうは思いません。これは依然として妥当な方法です

Taguchi 私も同感です Gleason 4 で PSA が増加していなければ、積極的治療を行うことは間違っていると思います

吉田 根治的前立腺摘除術をおこなうことは実際は watchful waiting よりずっと簡単であることもあるのです 時には患者が神経質になったり欲求不満になったりしますし、癌についてかなりの不満を言いもします 私たちもまた患者の不平不満で欲求不満になるかもしれません。

Taguchi 私は医者—48歳の神経科医でしたが—に根治的前立腺摘除術をしたことがあります 病理学的結果は低分化の PIN (prostatic intraepithelial neoplasia) だけでした。彼はもともと年齢の割には PSA が高すぎるため受診し、超音波検査と生検を受けた結果、高分化の PIN であることがわかったのです。翌年、彼の PSA は1単位ちょっと上昇しました。1年で0.75の増加は問題ないが、それ以上増加した場合は未検出の癌の兆候かもしれないと私たちは考えるわけですが、彼の場合は0.75以上増加しましたので、再度生検を行ったところ低分化の PIN との結果でした。私たちは、もし低分化の PIN 症例を再度生検すると50%に癌が検出されるという事実を知っています 彼はインテリジェンスのある人で、入念な下調べをしており、こう言ったのです。「ほら、私は癌になるのを坐して待っているようなものです 癌になるまで待ちたくはないので、今すぐ取って下さい。」私は手術し彼の前立腺を取り除いたのですが、その標本には癌はなく低分化の PIN 病変が数多くありました。彼は今も尿禁制は保たれ、勃起障害もなく、満足して職場に復帰しました。私は正しいことをしたかどうかはわかりませんが、このような状況に出くわすことはもっと多くなるであろうと思います。

私はまた、非常に硬い結節を触知し生検にて PIN であった患者も診ました。私はその患者に、癌の確定診断は得られていないが、触知できるのでおそらく癌である思うと言いました。再度生検をするのが正しい方針であるが、もし患者が生検をせずに前立腺全摘をして欲しいのであれば、そのようにしましょうと言いました。その患者は、生検はもうして欲しくない、手

術して欲しいと言いました。そして癌が見つかりました。

吉田 PIN は最終的に重大な癌になるとお考えですか。

Taguchi はい、しかし低分化の PIN だけであり、高分化の PIN ではありません。この神経科医のケースもそうでしたが、私たちはこれらの標本を Epstein に送りました。Epstein は Johns Hopkins の病理学者で最終判断ができます。彼はその症例では癌はないと判断しました。

吉田 低分化の PIN の場合、PSA は上昇するとお考えですか。

Taguchi はい、上昇するでしょう。PSA が上昇して再度生検を行ったら癌が出た例を見てきました。

前立腺癌の治療

吉田 さて、治療の方へ話題を移しましょう。まず前立腺全摘除術の前に行う、私たちが neoadjuvant hormonal therapy と呼んでいる治療法ですが、意味があるとお考えですか。

Taguchi いいえ、少なくとも前立腺全摘除術では無意味でしょう。放射線治療にとっては大変意味のあることであり、施行すべきだと思います。私は、放射線治療を考慮する患者は全て neoadjuvant hormonal therapy を受けるべきであり、放射線は原体照射法に限るべきであると思います。しかし、内分泌治療で down-stage 可能であるかどうかはまだ実証されていません。Down-stage が証明されるか、示唆される時は、むしろ病理学者が欺かれている可能性が高い。特殊染色などを使わねばならず、もっと難しいことです。Neoadjuvant hormonal therapy が有効かもしれないと示唆した最初の報告は誤った病理学的解釈に基づいています。なぜなら、そのことで外科治療が複雑になってしまうからです。

北アメリカでは、患者の発言権は強く、非常に知識のある患者の中には「さあ、私は手術をして欲しいし、neoadjuvant therapy をして欲しい」という人もいるかもしれません。それに対しては、手術を取り止めなければならなくなった症例を多く見てきた、と彼らに言います。もし患者がそれも承知の上で望むならば、よろしい、わかりました、となるわけです。しかし、科学的には neoadjuvant therapy が役に立つという証拠はないのです。時々、そのような患者に出くわします。

吉田 根治的前立腺全摘除術についてはどうでしょうか。神経温存は一般的になさるのですか。

Taguchi はい、ほとんどルーチンに行います。なぜなら神経温存前立腺全摘除術を行えないなら、おそらく外科手術としての適応がないと思うからです。前立

腺の外側まで摘除しなければならないのであれば、stage B1 とは言えないと思います。初期の stage C かもしれない、その場合手術が最適のものではないと思います。私の診療では、おそらく患者数がかなり多いので、手術の適応を厳しくしても週 2～3 例は手術することになります。前立腺全摘除術を予定する患者のますます多くが stage T1c や T2a になってきています。また、stage T2b の患者は放射線治療を受ける方向に持っていくことがますます多くなりました。このことは、Stamey の仕事と反しない結果となっています。彼の言っていることは正しいと思います。癌の体積がある値を超えたとき、外科断端陽性例や被膜貫通例が多くなりすぎると彼が言うならば、それは正しいと思います。

吉田 それでは、理想的なもしくは標準的なホルモン療法とはどんなものだと思いますか。

Taguchi Combined androgen blockade がこれほど一般的になった背景には製薬会社による強力な宣伝があると思います。

間欠的ホルモン療法には評価すべきものがあるかも知れません。間欠的ホルモン療法は、実際は Vancouver の Brusheski が始めました。彼は、男性にアンドロゲンを間欠的に投与するとアンドロゲン抵抗性の腫瘍細胞の増殖を抑えられるかもしれないということを示唆しました。本当に効果があるのか否かは今のところわかっていません。たしかシオノギ癌モデルを使っただけの基礎研究レベルではそう示唆する結果が出ていたと思います。もしこのことが真実で間欠的ホルモン療法が将来何らかの位置を占めるのであれば去勢術というものは意味のないものになります。なぜなら去勢術は一方通行の治療だからです。LH-RH アナログを使う場合、flare up 現象が起こる可能性があるのです。単独で用いるのは間違っていると思います。Flare up 現象は、LH-RH アナログが精巣のホルモン産生能を枯渇させる際に一時的にテストステロンレベルを刺激するため起こります。テストステロンレベルを上昇させると腫瘍を刺激することになるということが正しいのかそうでないのかよくわかりませんが、おそらく正しいことだと思います。またその刺激を防ぐ方法があるなら、それをしないのは間違っていると思います。われわれは抗アンドロゲン剤により刺激を抑えることができます。抗アンドロゲン剤には cypoterenone acetate 等のステロイド性、flutamide や anandron 等の非ステロイド性があります。現在カナダで最もよく用いられているのは Casodex です。ほとんど副作用がなく 1 日 1 回 50 mg という簡単な服用で良いからです。

最大の問題は抗アンドロゲン剤の内服を最初の 2 週間～1 カ月を過ぎても続けるか否かです。最初に

New England Journal of Medicine に掲載された meta-analysis では（飲みつづけることに）全く利点がないと疑問符を投げつけました。そして Crawford の研究、これは San Diego で開かれた AUA で発表されたばかりですが、去勢術に抗アンドロゲン剤を追加することは病気の進展と予後に関してまったく寄与しなかったと報告しています。この研究は1群約700人の prospective study であり、これが信じられなくて何が信じられましょう。この研究に基づいて多くの人が抗アンドロゲン剤を使用しなくなりました。これより前の Crawford の研究は確かカナダで行われたかと記憶していますが、抗アンドロゲン剤を続けるほうが、1カ月、3カ月もしくは6カ月時点でほんのわずかですが優位性が示されていました。わたしの臨床経験では、患者に2つの方法があり、片方はもう片方より1カ月長生きできるか病気の進行を抑えることができるが、薬を余分に飲まなければいけない、どちらにしますかと聞くと、90%以上の患者が飲むほうを選びます。癌は地獄からの死刑宣告のようなもので、ほんのちょっと効果があるだけでも飛びつきたくなるものなのでしょう。

吉田 次の話題は治療を受けた人の QOL に移ります。バイアグラは神経温存根治的前立腺全摘除術を受けた人にも有効です、そうですね？

Taguchi はい、でも全員という訳ではありません。実際の数字は知りませんが、大体50%ぐらいと報告されて、50%の人は有効、50%の人は無効です。

吉田 ホルモン治療を受けた人はどうですか。

Taguchi そのような人にも効くかもしれませんが、リビドーの問題があります。ホルモン治療を受けた人は、ちょっとの間の治療でもリビドーを失います。彼らはホルモン療法をやめれば戻ってくることを願っていますが、現実にリビドーを失うとバイアグラへの興味もなくなそうです。多くはバイアグラについて尋ねさえしません。

私は常々非常に興味深く思っていたのですが、血中テストステロンレベルとリビドーやインポテンスには直接の関連はないように思えます。除勢術を受けると2時間でテストステロン濃度は0になりますが、2カ月後でも多くはリビドーもあるし勃起もします。完全には理解できない現象です。また私は、勃起能を保つため抗アンドロゲン剤単独治療を行う考えも理解できません。私は stage D2 前立腺癌ながら無症状であった精神科のチーフを思い出しているのですが、彼はリビドーと勃起を保つために抗アンドロゲン剤のみで治療してもらうことを望みました。私は彼に勃起が問題ならバイアグラがあると話しましたが、彼は「いや、勃起だけの問題ではなく、リビドーが問題なのだ」と言いました。彼はリビドーを失いたくなかったので

す 不思議に思える人はいるものです。

バイアグラ自身は素晴らしい薬だと思います。多くの人がバイアグラの虜になっています。勃起能が完全になくなってはいない人に最も良く効きます。前立腺全摘除術後の人の多くは術前よりも勃起能が落ちた状態であり、これらの人にとっては素晴らしい効果があります。バイアグラに対する反応が人によってまちまちなのは面白い現象です。30分前に飲む必要があるという人もいれば、1時間前、3〜4時間前という人もいます。1錠飲めば36時間効き目があり、まるで20歳に戻ったようだという人もいます。彼らは勃起をしセックスをし数時間後にはまたセックスができたといいます。驚くべきことです。

再燃前立腺癌に対する治療

吉田 次に再燃前立腺癌患者に対する治療法についてお話いただけませんか？

Taguchi 最近、数多くの治療法が試され効果がないことが判明しました。Suramin は効かなかったし liarsol も効かなかった。臨床の現場では stage D3、すなわち最初ホルモン療法に反応するもののそのうち再燃し進行することが多いと思います。患者が衰弱しきってれば、おそらく cortisone を投与するだけでしょ。基本的にはこのような人にはステロイドや麻薬ということになります。患者が非常に元気であれば、estramustine phosphate と vinblastine 静注併用や etoposide 経口併用などの強力な抗癌剤治療を施行してきたし今も改良中です。もしくは ketoconazol と aviomycin の併用です。

私はこの regimen を10人の患者で試したことがあります。現状では患者を oncologist に送って治療してもらいます。しかし、10年以上診療を続け私を頼っている患者に突然「申し訳ない。病気が進行しておりこれ以上あなたを診ることはできない、だれか他の専門医を紹介する必要がある」と言うと、見捨てられたと感じるでしょう。そうする訳にはいかない患者がいるのは事実です。Estramustine phosphate や etoposide のような薬は経口薬なので使うのは非常に簡単です。しかし白血球数と血小板数を1週間に一度調べる必要があります。10人の患者にこの治療を行いました。3人は治療中に死亡し、この治療が死期を早めたと思われます。残りの7人のうち3人は PSA が下がり延命効果があったかもしれません。1人の患者は PSA が劇的に下がり、下がったままでした。最終的に彼は約2年後に死にましたが、最後に彼は個人的にもまた家族を通じてわたしを見捨てないでくれてありがとうと感謝してくれました。このような患者に対しては、自分自身で診続けるのがいいのか、oncologist に送ったほうがいいのか私にはわかりません。

吉田 日本では oncologist はそのような患者を受け入れてくれません。

Taguchi 本当ですか？そうすると先生はこのような患者を診続けねばならない？

吉田 はい、そうです

Taguchi 先生はどうされるのですか。ご自分でこのような治療をなさるのですか。

吉田 泌尿器科医によります。色々な治療法を試みている泌尿器科医がたくさんいます。泌尿器科医によっては非常に強毒な薬を使います、いいことだとは思いませんが

Taguchi Etoposide はかなり強毒です

吉田 その通りです

Taguchi しかし、Detroit の確か Frank という名前だったか、etoposide 療法を最も数多くやっている人ですが、何人かの complete response 例を報告しています。もし10人に1人でも complete response が得られれば素晴らしいことです

吉田 Complete response は決して治癒を意味する訳ではありません。

Taguchi もちろんです

吉田 しかし、生存期間は延びるでしょう。

Taguchi 実験的治療法は将来大いに期待できると思います

吉田 その通りだと思います。特に遺伝子治療ですね。ただ、これにしても、理論的には非常に有望ですが、現状では遺伝子治療だけで完治できる症例はまずないと思います。いずれにしても大いに期待が持てることは確かですから進めていかなければなりません。

Taguchi 免疫療法も期待できると思います

吉田 その通りです

Taguchi ただ、気を付けないといけないのは、例えば10人の前立腺癌患者をひとまとめにして、一つの癌関連抗原を想定することに意義があるかどうかは疑問です。なぜならご存じのとおり、癌細胞というのは各個体に固有なもので、種に共通なものではないからです。この点で Scardino らの個別免疫療法の仕事は非常に興味深いと思います

泌尿器科学の教育について

吉田 ありがとうございます。

この辺で話題を変えて、先生の泌尿器科学の教育についてお伺いしたいと思います。先生は、現在、カナダ McGill 大学の泌尿器科教育プログラムの責任者をされていますよね。

Taguchi ええ、今は第一線からは退いていますが。

吉田 泌尿器科教育プログラムにおける先生の「使命」はどのようなものであるとお考えですか。すなわち、その目的とゴールをどの様に決めておられるかと

言う事ですが

Taguchi 実際のなゴールと、理論的なゴールがあります。現実的なゴールとしては、国家試験に合格するように泌尿器科医を指導しなければなりません。昔から非常に難かしいことでしたが、最近は良くなってきています。私が研修していた頃は実際の合格率は3分の1程度でした。現在は90%以上合格するでしょう。実際、私が McGill 大学の教育責任者だった最近8年間は100%合格しており、大変誇りに思っています。

吉田 それは本当に素晴らしいことだと思います

Taguchi これは、泌尿器科学という分野を医学生にとって大変魅力あるものにしてきたからです。彼らが私たちのところにローテートしてきたときに、泌尿器科学が専攻分野として素晴らしいことを教えてきました。その結果、学生を厳しく選抜することができました。McGill 大学では成績が上位10%に入っていないと泌尿器科学の専攻に応募すらできませんから成績は非常に優秀です。面接にあたっては特に健康状態をチェックします。4年間の医学生生活のうち何日間病気になったかを聞くのです。もちろん、そんなことは1日もなかったという答えを期待しています。泌尿器科学の研修は酷使されへとへとに疲れるので、スタミナがないと、どんなに優秀で器用でも意気消沈して結局は泌尿器科をやめることになるか、それに似たようなことが予想されるからです。

ですから、どのような学生を選ぶかという事はきわめて重要です。教育責任者として、レジデントを訓練するにあたって最も重要なことは「臨床場においては常に正直 (honesty) であれ」ということです。この言葉は私が恩師から授かったものです。患者さんに対して、そして自分自身に対して正直であれということです。一旦事実をねじ曲げ、真実ではないことを患者さんに告げると、次にその人の顔を見た時に前に何と言ったのか思い出せないのです。しかし、真実を話していれば時として間違えることがあっても、患者さんは許してくれるでしょうし世間も納得してくれるでしょう。なぜなら、あなたの態度はいつも正直だったからなのです。

私が最も伝えたい重要なメッセージはまさにこのことなのです。これ以外は、教える内容は各個人によって異なります。技術的なことをすぐに把握する人もいれば概念を早く覚える人もいます。そして泌尿器科学はあらゆるタイプの知的好奇心を満足させられる幅広い分野です。

われわれはレジデントを国家試験に合格させるべく指導せねばなりません。彼らが特に希望していなくても、大手術をさせることもあります。根治的前立腺全摘除術や膀胱全摘除術など全てです。その後で勃起障害の専門家になることもあれば、全ての泌尿器科腫瘍

手術を経験した後で尿路結石の専門家になることもあるのです

多くの人は、興味をもつことによって成長します。時には私たちから興味の対象を与えることもあります。どの分野においても不十分な点は必ずあるので興味さえ持てば道が開けるということを教えてあげるのです。彼ら自身の興味がどれほどのものなのかは分かりませんし、われわれから与えるものがどのぐらいのものかも知れません。私個人としては、大部分の学生は、ただ単に生計をたてるのが簡単だからか、あるいは本当に科学を進歩させたいかのどちらかの理由で泌尿器科に来るのだと思っています。もしも、本当に科学を進歩させたいと願うタイプなら、勃起障害、尿路結石、腫瘍のいずれの分野の専門家になろうとも関係ないはずです。

McGill 大学やカナダの学生は、私が日系人であるということでは何か特別な才能を持っていると感じているように、私には思われます。まるでかつての made in Japan の話のようです。日本製が不良品だった時

代がありましたが、今や優良品です。ですから、日本人の血を引いた外科医ならおそらく素晴らしい腕を持っていると信じられてしまうのでしょうか。私がそれに当てはまるかどうかはわかりませんが（笑い）。

吉田 もちろん当てはまりますよ、Taguchi さん。患者さんと自分自身に正直になりなさい（笑い）。

Taguchi 自慢話に聞えるかもしれませんが、とても金持ちの早期の前立腺癌患者が Walsh や Catalona のところにも行きましたが、Montreal 出身でしたので私のところにも来ました。そして私に「あなたは根治的前立腺全摘除術が世界一うまい外科医ですか？」と尋ねました。私は「その通りですが、この手術ができる医者は皆同じように答えるでしょう。」と返事しました。少し間をおいた後「素晴らしいお答えですね。明日お返事します。」翌日彼は私に電話をかけてきました。「よろしくおねがいします」とね。これは本当の話です。

吉田 もっとお話ししたい事があるのですが、この辺にしましょう。本当にありがとうございました。